



Rapport de synthèse

## **De l'infirmier du travail à l'infirmier spécialisé en santé au travail**

**Reconnaître l'infirmier comme un acteur fondamental  
des enjeux de santé en milieu professionnel**

Janvier 2011

## SOMMAIRE

AVERTISSEMENT .....	3
INTRODUCTION.....	4
I : ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE SOCIÉTÉ.....	7
A) Les défis de santé publique à relever .....	7
B) Les spécificités et contraintes de la santé au travail .....	11
II : EXPERTISE INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL .....	17
A) De qui parle-t-on ?.....	17
B) Les contraintes de pratiques selon le contexte d'exercice .....	20
III : FORMATION ET RECONNAISSANCE DE L'EXPERTISE INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL .....	23
A) Formation initiale et continue.....	23
B) Les contours du LMD .....	26
C) Production de connaissances en sciences infirmières .....	32
Conclusion : Préparons l'avenir ! .....	36
Composition du groupe de travail.....	39

## **AVERTISSEMENT**

Ce rapport ne vise à aucune exhaustivité dans l'analyse de la documentation scientifique, professionnelle et des différents rapports sur la santé au travail parus ces dernières années. Il s'agit pour l'Ordre national des infirmiers (ONI), à partir d'une analyse des enjeux de santé publique en santé au travail et du fonctionnement global du dispositif actuel, de tracer les perspectives utiles à l'évolution des pratiques infirmières afin que leur rôle contribue pleinement à l'efficacité du système. A ce titre, les références bibliographiques ont été volontairement limitées.

Enfin, ce document relève d'une démarche de consensus professionnel interne à l'Ordre national des infirmiers en lien avec les organisations professionnelles compétentes qui souhaitent par cette initiative contribuer à la promotion de l'exercice infirmier en santé au travail. Faisant suite à la position ordinaire adoptée par le Conseil national le 14 septembre 2010, un groupe de travail composé d'élus et d'experts externes s'est réuni en novembre afin d'élaborer ce rapport de synthèse.

## INTRODUCTION

Institué par la loi en décembre 2006, l'Ordre national des Infirmiers (ONI) doit « *contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins* » et « *assurer la promotion de la profession* ». A ce double titre, l'ONI souhaite contribuer à l'évolution de l'exercice infirmier en santé au travail, afin que soit mieux reconnu leur rôle et leurs compétences dans la prise en charge des risques individuels et collectifs en milieu professionnel.

La santé au travail est l'un des défis majeurs de santé publique. Présents dans les entreprises depuis 1953, les infirmiers font partie des acteurs essentiels de ce secteur, tant pour la prévention et l'évaluation des risques, que pour le suivi de santé tout au long de la vie professionnelle et les soins. Pour l'Ordre, il est impératif d'anticiper les évolutions nécessaires et attendues par les salariés.

La santé au travail est aujourd'hui à une période charnière de son évolution, compte tenu des spécificités et contraintes du monde du travail et des évolutions législatives et réglementaires en cours. Le premier Plan Santé au Travail 2005-2009 (PST) avait pour objectif de réformer le dispositif national de prévention des risques professionnels. Son évaluation a toutefois révélé son développement inégal et inachevé. Elle a aussi montré l'importance de passer d'une vision centrée sur les risques et leurs conséquences en termes de maladie, d'incapacité, et donc d'efficacité économique et de compétitivité des entreprises, à une vision plus globale de promotion de la santé dans le cadre de la convergence européenne des politiques de protection de la santé des travailleurs.

Le Plan Santé au Travail 2010-2014 (PST 2) s'oriente vers une politique de santé publique et de prévention proactive et d'anticipation des risques au travail, dont les risques psychosociaux et les risques émergents à effets immédiats ou différés (risques chimiques et biologiques...). Il vise également à renforcer la prévention, notamment au sein des toutes petites entreprises, la coordination et la mobilisation des différents acteurs tant au niveau régional que local, la production de connaissance et de recherche en santé au travail.

Dès 2007, un rapport de l'IGAS dressant le bilan de la réforme de la médecine du travail préconisait de reconnaître une qualification d'infirmier spécialisé en santé au travail, sans en préciser le contour mais en insistant sur la plus-value que cette spécialisation apporterait à la pluridisciplinarité, la prévention et la prise en charge des risques professionnels.

En 2010, le rapport de la mission DELLACHERIE, FRIMAT, LECLERCQ "La santé au travail - Vision nouvelle et professions d'avenir" portant sur la réforme des services de santé au travail préconise de « *reconnaître et de promouvoir le rôle, les missions et la place des infirmières de santé au travail. La mission propose de mettre en place une formation qualifiante de niveau master ; seules les infirmières qualifiées en santé travail pourraient appliquer les protocoles de coopération prévus à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique.* » <sup>1</sup>

La santé au travail est marquée par la spécificité du régime français d'assurance maladie, d'accidents du travail et de maladies professionnelles qui détermine les missions et les pratiques des acteurs de ce secteur. La santé au travail se situe à l'intersection d'une logique

---

<sup>1</sup> DELLACHERIE C., FRIMAT P., LECLERCQ G., « *La santé au travail - Vision nouvelle et professions d'avenir* », avril 2010. Rapport remis aux Ministres du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, de l'Enseignement supérieur et de la recherche, de la Santé et des Sports.

de santé publique nationale et régionale et d'une logique locale de gestion des ressources humaines en milieu professionnel. L'autonomie et le statut de l'infirmier en santé au travail est au cœur de cette problématique.

La diversité des services de santé, et donc des modalités d'exercice infirmier, crée de fortes inégalités d'accès et de suivi global des salariés. La démographie médicale et la faible attractivité de ce secteur d'activité met en lumière, s'il le fallait, l'importance de reconnaître le rôle essentiel de l'infirmier dans les actions de prévention et de suivi, son apport à la coordination des actions menées ainsi que sa contribution à la définition d'une véritable politique de santé publique en milieu professionnel.

Plusieurs constats peuvent être faits concernant sa formation et son exercice. Pour ce qui est de sa formation initiale, il est essentiel de renforcer la spécialisation au-delà de l'offre de formation existant actuellement. Les nouveaux défis de santé publique en santé au travail, dont les risques psychosociaux et les risques émergents à conséquence immédiate ou différée, nécessitent une nouvelle expertise clinique infirmière. Les mesures de tutorat infirmier mises en œuvre pour répondre à ce besoin de façon minimale et faciliter l'adaptation des nouveaux infirmiers n'ont pas permis d'améliorer les choses.

Selon le contexte d'exercice (service autonome, interentreprises, etc.), des écarts importants existent concernant l'autonomie professionnelle, les responsabilités et les modes de coopération avec les partenaires, dont le médecin du travail. Face à ces défis, les pratiques infirmières ont d'ores et déjà un rôle structurant et une expertise forte en faveur d'une meilleure efficacité et d'une coordination des parcours de soins.

### **Les défis à relever en santé au travail, vus par les infirmiers**

Les défis à relever par les services de santé au travail - dans le cadre d'une rénovation ambitieuse du dispositif légal et réglementaire, des organisations et des pratiques – sont :

- la prévention effective des facteurs de risques collectifs et individuels et de leurs conséquences par des actions concertées de promotion de la santé en milieu professionnel. Ces actions doivent prendre toute leur place légitime dans la politique et la stratégie de l'entreprise.
- la prise en charge et l'accompagnement des problèmes de santé au travail dans une approche globale et intégrée des soins et des services aux salariés ;
- la réduction des inégalités d'accès et de suivi en santé au travail ;
- la transversalité du suivi, par une traçabilité des expositions individuelles, des évaluations des risques et des mesures de prévention ou de protection organisées tout au long du parcours professionnel du salarié ; la tenue de son dossier médical et les modalités de transmission de l'information utile constituent deux des leviers essentiels de cette approche transversale et longitudinale ;
- la mise en œuvre d'une politique de santé publique graduée et concertée en fonction de la complexité des situations collectives et individuelles, permettant de concilier une approche par facteurs de risques et par secteurs d'activités, tenant compte des différentes catégories de salariés et des différents risques métiers.

- le défi de l'attractivité de la santé au travail pour les infirmiers et de la démographie des métiers de la santé selon le secteur d'exercice, le type de service, le rattachement et l'autonomie professionnelle reconnue à l'infirmier.

### **Les valeurs et les pratiques portées par les infirmiers de santé au travail**

Les valeurs fondamentales de l'action des infirmiers de santé au travail sont :

- L'approche globale, graduée et coordonnée des soins ;
- L'égalité d'accès aux soins ;
- L'efficacité et la qualité du service rendu ;
- L'indépendance d'évaluation, d'intervention et la responsabilité dans l'exercice quotidien.

L'infirmier est acteur des politiques d'amélioration de la santé des salariés au travail.

Il organise des actions de prévention et de repérage des facteurs de risques individuels et collectifs, d'évaluation clinique et de consultation infirmière, de suivi et de soins coordonnés, d'amélioration de la qualité en milieu professionnel.

Il prend appui sur les référentiels de bonnes pratiques et les recommandations existantes et délivre des soins adaptés au salarié lui-même, au contexte de travail et au secteur d'activité.

Il assure le suivi longitudinal et transversal de la situation du salarié en assurant la gestion du dossier médical et les transmissions d'informations.

Il lutte contre les inégalités sociales de santé existant en milieu professionnel, quels que soient le statut et le secteur d'activité du salarié.

Il assure, en coopération avec le médecin du travail, la coordination des différents intervenants et services nécessaires au maintien et à l'adaptation de l'emploi du salarié dans l'entreprise, à la reconversion et l'évolution du salarié confronté à un accident du travail, une maladie professionnelle ou un problème de santé influant sur son employabilité.

L'infirmier exerçant en santé au travail délivre une éducation à la santé, un soutien de proximité au salarié par sa disponibilité et son savoir-faire ainsi que par son intervention directe en milieu professionnel.

Enfin, il intègre son action dans une démarche réflexive propice à valoriser ses compétences auprès de ses partenaires et à transmettre ses connaissances à ses pairs.

Au moment où des réformes structurelles importantes se préparent, par ce rapport de synthèse, l'Ordre souhaite contribuer sans plus attendre à la reconnaissance et la promotion de l'expertise clinique et professionnelle des infirmiers de santé au travail dans le cadre d'une politique de santé publique globale et ambitieuse dans ses objectifs.

## I : ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE SOCIÉTÉ

La santé au travail se situe à l'interface d'une logique de santé publique pour les travailleurs et de performance économique et de compétitivité pour les entreprises. Ces deux aspects sont souvent vus comme contradictoires. Il y a plutôt lieu de penser que les préoccupations sociétales concernant les risques liés au travail vont croissant et qu'une politique ambitieuse nécessitera de les conjuguer. La diversité des champs, la complexité des problèmes à résoudre et l'ampleur des conséquences individuelles et collectives, économiques et sociales doivent convaincre l'ensemble des acteurs et la société tout entière d'y accorder une grande importance.

### A) Les défis de santé publique à relever

Compte tenu de la complexité des enjeux de santé publique, de la diversité des secteurs d'activité, des catégories professionnelles et des risques, l'analyse des défis de santé publique en santé au travail impose deux approches : l'une par facteurs de risques et prévalence des maladies professionnelles ; l'autre centrée sur la réduction des inégalités sociales et salariales d'accès à la santé au travail selon les catégories de travailleurs et les secteurs d'activité, qui oriente les politiques vers des publics prioritaires pour lever les obstacles à l'accessibilité aux services de santé au travail.

C'est la finalité poursuivie par les objectifs du second Plan Santé au Travail<sup>2</sup> 2010-2014 (PST2) auxquels contribuent pleinement les infirmiers de santé au travail.

#### Une approche par facteurs de risques et maladies professionnelles

L'axe 2 « Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels » du Plan PST2 fait le choix d'une approche par facteurs de risques, compte tenu de la forte morbidité et sinistralité, du niveau de complexité croissant des situations collectives et individuelles et de l'évolution sociale et technologique des différents secteurs d'activité.

L'enquête ESENER réalisée en 2009 par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail auprès de 28 000 dirigeants de 31 pays de l'Union européenne, indique que les accidents professionnels, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et le stress sont les principales préoccupations des entreprises européennes dans le domaine de la sécurité et la santé au travail<sup>3</sup>.

En France, l'analyse de la prévalence des risques de santé en milieu professionnel doit permettre la prise de conscience collective suivante :

- Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent la première cause de maladie professionnelle reconnue soit plus de 80% des déclarations avec, selon les données du PST2, une progression de 18% sur les dix dernières années. Au total les TMS représentent plus de 40 000 malades indemnisés en 2008 par l'Assurance maladie engendrant un coût direct de 800 millions d'euros<sup>4</sup>. Les TMS touchent

<sup>2</sup> Plan Santé au Travail 2010-2014

<sup>3</sup> Enquête ESENER, Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail, Résumé, printemps 2009, [p.2], sources : <http://osha.europa.eu>

<sup>4</sup> BEH, numéro thématique « TMS d'origine professionnelle : une préoccupation majeure », 9 février 2010, n°5-6, INVS

majoritairement les femmes ainsi que les ouvriers et les catégories sociales les plus défavorisées occupant des postes de travail contraignants et ne faisant pas l'objet d'une politique de prévention efficiente. Une telle politique devrait permettre le repérage précoce des situations de travail présentant des risques de survenue des TMS. L'objectif est de limiter l'apparition de symptôme, de diminuer la gravité de la pathologie lorsqu'elle s'installe, voire de favoriser la réversibilité.

- Les expositions aux produits chimiques sont à l'origine de nombreuses pathologies graves et chroniques à expression immédiate ou différée dont les atteintes allergiques et respiratoires, et les cancers d'origine professionnelle. Les différents Plans de santé publique mettent l'accent sur la prévention des cancers professionnels<sup>5</sup> (prévalence de 5 à 8% ; 13,5% des personnes sont exposées dans leur activité avec une surexposition des ouvriers (70% des personnes touchées). Au niveau européen, le règlement REACH<sup>6</sup> doit permettre d'instaurer une gestion coordonnée des risques afin de combler le déficit de connaissances par un recueil de données longitudinales, de favoriser une politique d'innovation et de substitution des matières les plus dangereuses et plus directement de confier la responsabilité de l'évaluation et de la gestion de ces risques aux entreprises productrices et importatrices de ces substances dangereuses.
- Les risques psychosociaux sont très certainement, avec les risques chimiques, l'un des phénomènes les plus prégnants de la santé au travail et les plus préoccupants en termes de santé publique. Malgré le manque de données fiables et longitudinales sur ce sujet en France on estime que ces risques sont à l'origine de 10% des dépenses en arrêts de travail et maladies professionnelles. Les préoccupations exprimées par les dirigeants d'entreprise se concentrent sur le stress et ses conséquences sur la vulnérabilité des personnes, le harcèlement et la violence au travail. Pour autant, il est important de prévenir aussi d'autres conséquences de ces facteurs de risques tels que les états dépressifs réactionnels ou chroniques, le risque addictif, dont l'alcool, voire le risque suicidaire. L'intrication des déterminants individuels et des causes environnementales liées au travail reste une question complexe, liée à chaque cas individuel. Globalement, les risques psychosociaux sont considérés comme le défi majeur à relever dans les années à venir, compte tenu de leur trop faible prise en compte, leur évaluation complexe et plurifactorielle et la rareté du déploiement de mesures collectives et individuelles de prévention et de suivi<sup>7</sup>. Les pouvoirs publics ont pris conscience d'une partie de cet enjeu en préconisant des actions de prévention du stress professionnel dans les entreprises de plus de 1 000 salariés. Le problème reste entier pour les PME.
- Le trafic routier professionnel est très fortement accidentogène en France avec plus de 20 000 accidents du travail déclarés en 2008 et plus d'un million de journées de travail perdues. Les déplacements professionnels provoquent plus de 130 décès par an. L'intensification du trafic routier, des déplacements à caractère professionnel et d'une logique d'échanges marchands à flux tendus majorent ce risque pour les années à venir.

---

<sup>5</sup> Citons : le PNSE2 (Plan National Santé Environnement 2 2009-2013,) le Plan Cancer 2009-2013, la 2ème Convention d'Objectifs et de Gestion 2009-2012 signée entre la branche AT/MP de la CNAMTS et l'Etat.

<sup>6</sup> REACH

<sup>7</sup> BEH, « Santé mentale et travail : comprendre pour surveiller », 9 juin 2009 / n°25-26, INVS



- Les progrès scientifiques et technologiques font apparaître de nouveaux risques émergents, à expression immédiate ou différée, dans le domaine des nanotechnologies et des agents chimiques, avec de grandes incertitudes concernant leur toxicité et leur dangerosité pour les personnes particulièrement exposées. Plus de 300 mycotoxines sont produites en France à des taux ayant des conséquences potentiellement graves sur la santé humaine (cancers, maladies respiratoires, maladies de la peau).

Ces divers facteurs de risques ont pour conséquence, au total :

- le nombre toujours trop élevé des accidents du travail : 700 000 par an ;
- l'augmentation des maladies professionnelles : plus de 40 000 par an ;
- le taux de mortalité au travail : plus de 1 000 personnes par an, soit près de 3 par jour.

### **La réduction des inégalités d'accès à la santé selon les catégories de travailleurs et les secteurs d'activité**

Les facteurs de risques et les maladies professionnelles n'ont ni les mêmes formes, ni les mêmes prévalences et incidences selon les catégories de travailleurs et les secteurs d'activité. Il en va de même de leurs conséquences et des différents niveaux d'impact selon que l'on s'intéresse à l'état de santé du travailleur, sa perte de chance en espérance de vie et sa qualité de vie ou que l'on regarde du côté de la performance individuelle et collective au travail et les coûts socio-économiques directs et indirects. Le PST 2 identifie des secteurs et publics prioritaires.

Concernant les secteurs d'activité, les risques sont majorés selon la répartition suivante :

- Le BTP est le secteur qui expose le plus fortement aux accidents du travail (plus de 130 000 accidents par an) et aux décès (155 par an) avec pour causes principales les chutes de hauteur et les accidents de conduite de véhicules. C'est également le secteur qui compte la plus forte prévalence de TMS invalidants. L'exposition aux risques chimiques touche 8 salariés sur 10 ;
- Pour le secteur agricole et forestier, si le nombre d'accidents du travail ne progressent pas leur gravité augmente ;
- Un secteur économique émergent et en fort développement tel que celui des services à la personne expose aussi beaucoup les personnels de ces métiers difficiles, souvent à faible niveau de qualification et de formation, auprès de personnes vulnérables (handicap et dépendance, personnes âgées). Tous services confondus, la fréquence des accidents du travail est d'environ 38% (contre 50% pour le BTP) et un taux global de gravité de 2% (contre 2,76 pour BTP)<sup>8</sup>. L'usure professionnelle, les troubles musculo-squelettiques liés à la manutention des personnes et le stress liés à la pénibilité des tâches nécessitent des mesures de prévention des risques dans cette filière d'activité.

Concernant les publics prioritaires, le PST 2 insiste sur les catégories suivantes :

- Les seniors qui, compte tenu de l'allongement des carrières professionnelles et de l'objectif d'accentuer leur taux d'employabilité, font l'objet d'une attention particulière

---

<sup>8</sup> CNAMTS, « Chiffres-clés de la sinistralité, branche AT/MP », 2008

dans l'adaptation de leur poste de travail, en prévention des TMS et des risques psychosociaux ;

- Les jeunes, pour lesquels la fréquence des accidents du travail est 2,5 fois supérieure à la moyenne de l'ensemble des travailleurs. De plus, 40% des accidents de travail touchent les moins de 30 ans ;
- Les salariés dans les emplois précaires (24% des emplois en France). Les travailleurs concernés accèdent beaucoup plus difficilement aux actions de prévention et au suivi santé au travail.
- L'ancienneté dans l'emploi (moins d'un an) est également un facteur majorant le risque d'accident du travail (42 % des accidents avec arrêt, 34% des accidents graves et 33% des accidents mortels).
- La faible mise en œuvre des mesures réglementaires de prévention individuelle et collective et de suivi auprès des travailleurs indépendants (artisans, professions libérales, commerçants) est un problème croissant, lié au manque de dispositif structuré et de moyens humains pour y répondre.

### La santé au travail au cœur des préoccupations du HCSP

La santé au travail fait partie intégrante des objectifs de la loi de santé publique de 2004 dont le Haut conseil de santé publique a fait l'évaluation en 2009/2010 en vue de sa révision. Sur douze objectifs portant sur la santé environnementale, quatre portent spécifiquement sur la santé au travail. Considérant que « *les maladies d'origine professionnelle sont un des déterminants majeurs des inégalités sociales de santé qui sont, en France, particulièrement importantes comparativement aux autres pays de l'Union européenne* »<sup>9</sup>, le HCSP propose de développer trois grands objectifs portant sur la prévention des accidents survenant en milieu professionnel, des maladies professionnelles et des risques psychosociaux au travail :

- La prévention des accidents survenant en milieu professionnel

Il s'agit de réduire de 5% en 5 ans les taux annuels d'accidents du travail mortels ou avec incapacité permanente partielle dans les secteurs prioritaires que sont le BTP, l'agriculture et les transports.

- La prévention des maladies professionnelles

Il s'agit de réduire les risques de TMS (réduire de 10 à 20% en 5 ans les risques péri-articulaires, syndrome de la coiffe des rotateurs, syndrome du canal carpien, etc.), d'agir sur l'exposition aux risques chimiques et de diminuer la prévalence des expositions aux agents cancérogènes. Le bruit<sup>10</sup> en milieu professionnel fait également partie des préoccupations (définition des valeurs de seuil déclenchant des actions de prévention).

---

<sup>9</sup> Haut Conseil de la Santé Publique, « Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions », 2010 [p. 83 à 100]

<sup>10</sup> Directive européenne n° 2003/10/CE du 6 février 2003, transposée en droit français par le décret n° 2006-892 du 19 juillet 2006, relatif aux prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit. Les principales nouveautés introduites par le décret sont le contenu des mesures de protection collective obligatoires ; l'évaluation des risques liés au bruit ; l'introduction de valeurs limites d'exposition ; l'abaissement des seuils d'exposition déclenchant des actions de prévention.

- La prévention des risques psychosociaux

Les principaux effets associés aux facteurs psychosociaux sont les troubles anxio-dépressifs, voire dépressifs, accompagnés selon les cas d'idées suicidaires, de TMS et de problèmes organiques tels que digestifs, cardio-vasculaires et autres. Un seul objectif spécifique est préconisé, portant sur la réduction du taux de personnes exposées à des niveaux élevés de facteurs psychosociaux au travail. En l'état, aucun indicateur n'est proposé pour mesurer l'impact des actions de santé publique à mener dans ce domaine ; il est prévu la création d'un groupe de travail national afin d'en définir les contours.

La réduction des inégalités sociales en santé au travail implique, toujours selon le HCSP, d'améliorer la réparation des maladies professionnelles en réduisant les écarts entre le nombre de maladies professionnelles estimées (cancers, TMS) et le nombre effectif de maladies professionnelles indemnisées.

## **B) Les spécificités et contraintes de la santé au travail**

Instituée en 1946, la médecine du travail se fonde sur la volonté d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, impliquant une politique centrée sur la prévention primaire des risques :

- au niveau individuel et collectif, auprès des travailleurs, par une approche clinique par le dépistage des facteurs de risques, leur effet sur la santé et la performance au travail et la prise en compte de leurs conséquences dans l'adaptation ou la modification du poste de travail.
- au niveau de l'entreprise par une approche globale permettant d'évaluer l'interaction entre la santé et l'environnement professionnel dans les parcours individuels et de l'organisation du travail.

Concrètement, le dispositif de santé au travail<sup>11</sup> se répartit de la façon suivante :

- plus de 15 millions de salariés couverts, dont près de 93% par des services interentreprises ;
- 894 services de santé au travail se répartissant en services interentreprises (311) et services autonomes (583) ;
- environ 7 000 médecins du travail soit plus de 5 700 équivalents temps plein ;
- plus de 12 000 autres professionnels de santé et intervenants, dont les infirmiers (plus de 4 000) représentent, avec les secrétaires médicales (5 000), la proportion la plus importante, bien avant les intervenants de prévention des risques professionnels (IPRP), au nombre de 267.

### **Passer d'une vision médicale à une approche globale de la santé au travail**

La santé au travail se trouve à une période charnière de son évolution, compte tenu des contraintes fortes liés aux enjeux de santé publique évoqués ci-dessus, des problèmes de démographie médicale déclinante et d'attractivité du métier de médecin du travail, d'une inapplication voire d'une remise en cause des dispositions légales et réglementaires en

---

<sup>11</sup> DELLACHERIE C., FRIMAT P., LECLERCQ G., op. cit. [p. 12]

vigueur (dont la procédure de visite d'aptitude) et d'incertitudes fortes quant aux réformes en cours.

- **Démographie médicale et attractivité du métier de médecin du travail**

En France, l'insuffisance des effectifs de professionnels de santé, dont les médecins mais pas seulement, constitue un problème très préoccupant pour l'organisation du système de santé et l'accessibilité aux soins.

Environ 7 000 médecins du travail sont en activité. Leur pyramide des âges est défavorable, avec plus de 55% des effectifs ayant plus de 55 ans soit environ 4 000 médecins qui atteindront l'âge légal de la retraite en 2015. A l'horizon 2020, ce taux franchira la barre des 80% des médecins du travail actuellement en poste. La diminution du nombre de médecins va de pair avec une augmentation du nombre de salariés suivis par médecin, de sorte que dans 5 ans, plus de 70% des services dépasseront le seuil de 3 300 salariés pour un médecin<sup>12</sup> (à ce jour, la moyenne est autour de 3 000). Quand bien même le *numerus clausus* serait durablement augmenté, son impact positif ne se ferait sentir que sur le long terme (à 10 ans). La même régression est constatée du côté des enseignants en médecine du travail, discipline qui a perdu 15% de ses effectifs entre 2005 et 2010.

La médecine du travail fait partie des spécialités les moins attractives en sortie d'internat ; c'est clairement aujourd'hui une spécialité choisie par défaut<sup>13</sup> (11<sup>ème</sup> spécialité sur 11 dans les choix exprimés par les étudiants en médecine<sup>14</sup>). En 2009, seulement 60% des postes ouverts en médecine du travail étaient pourvus à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN). Les données récentes de l'ECN 2010 confirment cette tendance structurelle défavorable avec 90 postes pourvus pour 120 ouverts soit un taux de 75%. Sur plus de 6 900 postes ouverts, toutes spécialités confondues, 1,3 % des internes en médecine ont fait le choix de se spécialiser en médecine du travail. A l'horizon 2015, on ne comptera plus qu'environ 3 200 médecins du travail en poste pour environ 7 000 en 2010 ; cette perte ne pourra pas être compensée par un éventuel recours aux internes de spécialité<sup>15</sup> (environ 700 d'ici 2015). Comparativement, la démographie et l'attractivité de la profession infirmière est nettement plus favorable car « *contrairement aux médecins, [elle] ne vieillit pas* »<sup>16</sup> et pourrait ainsi constituer un levier important d'amélioration de la qualité et de la sécurité des actions de prévention des risques et de suivi de la santé des travailleurs.

- **Un cadre légal et réglementaire nécessitant des évolutions**

La problématique du cadre légal et réglementaire – et donc des réformes structurelles qui s'imposent – comprend deux éléments : les limites de la visite médicale périodique d'aptitude et la mise en œuvre lente et inégale du tiers temps médical.

La délivrance du certificat d'aptitude a peu à peu fait subir une dérive au système en prenant une place prépondérante dans le suivi de travailleurs. Prévues initialement lors de l'embauche et en cas d'incapacité du travailleur à occuper son poste, la visite d'aptitude a évolué, au fur

---

<sup>12</sup> Soit le dépassement du seuil réglementaire fixé par l'article R. 241-31 du Code du travail à 3 300 salariés, 450 entreprises et 3 200 examens médicaux par médecin du travail.

<sup>13</sup> IGAS-IGAENR, « Bilan de la réforme de la médecine du travail », 2007 [7-10]

<sup>14</sup> DREES, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN en 2009 », Etudes et résultats, n° 720, février 2010

<sup>15</sup> Article 8 de la proposition de loi n° 106 relative à l'organisation de la médecine du travail présentée au Sénat, session ordinaire 2010-2011

<sup>16</sup> DREES, « *La profession infirmière* », Série études et recherche, n° 101, novembre 2010 [p. 45]

et à mesure des évolutions réglementaires, vers un examen de passage obligatoire, formel, balisant le parcours du salarié dans l'entreprise (visite de reprise, visites périodiques annuelles ou tous les deux ans). L'entreprise y accorde une importance cruciale afin de se garantir juridiquement et administrativement. La vérification régulière de l'aptitude restreint l'action des professionnels de la santé au travail à la surveillance individuelle du travailleur au détriment d'une stratégie individuelle et collective de prévention, de conseils et de suivi global de la santé des personnes et des équipes. La modularité des visites (annuelles ou tous les deux ans) en contrepartie d'une surveillance médicale renforcée (SMR) annuelle pour le suivi de certaines catégories de travailleurs particulièrement exposés aux risques n'a pas été accompagnée d'une amélioration de l'efficacité du suivi<sup>17</sup>. En l'absence de critères véritablement définis, l'une des dérives importantes est le recours au principe de la SMR par les employeurs pour négocier auprès des services de santé au travail le maintien de la visite annuelle d'aptitude.

La mise en œuvre du tiers temps médical est une obligation réglementaire depuis 1969. Elle impose que ce temps soit utilisé pour une action directe en milieu de travail, c'est à dire à autre chose que la visite médicale périodique et la procédure d'aptitude. De nos jours, le tiers temps médical se développe de façon inégale et lente selon qu'il s'agit d'un service autonome intégré à l'entreprise ou d'un service inter-entreprises (SIE). L'action en milieu de travail, considérée à tort comme l'ensemble des activités non cliniques, est traditionnellement réduite à une activité subsidiaire. Les données existantes démontrent que la proportion du temps médical consacré à l'action en milieu professionnel ne dépasse pas 25% en moyenne, avec une réserve importante sur la fiabilité des chiffres fondés, en l'absence de dispositif de suivi, sur les déclarations des médecins du travail. Cependant, on constate une progression de ce taux global notamment au sein des SIE, compte tenu des évolutions réglementaires intervenues en 2004.

Bien que le chemin reste long à parcourir, nous passons peu à peu depuis ces dix dernières années d'une médecine du travail réparatrice surveillant les salariés et identifiant les risques à la santé au travail, préventive, anticipant les risques et prenant en compte les déterminants de la santé pour les travailleurs.

C'est en tout cas le fondement du second Plan santé au travail 2010-2014 (PST2). Le premier Plan 2005-2009 fut une première impulsion à la mise en œuvre d'une politique de santé publique, le PST2 renforce ce premier élan par :

- le développement et la diffusion de la recherche, afin que la prévention des risques et le suivi des travailleurs s'appuient sur des référentiels pertinents et actualisés ;
- le développement des actions de prévention des risques professionnels, tout particulièrement des risques psychosociaux et des risques émergents, tout en maintenant la vigilance et la mobilisation concernant les premières causes de maladies professionnelles que sont les TMS ;
- le renforcement de l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en premier lieu au sein des entreprises de moins de 50 salariés ;
- le renforcement de la coordination et de la cohérence du système à tous les niveaux par une approche partenariale et la réforme des services de santé au travail.

Le PST2 s'inscrit clairement dans le cadre de la stratégie européenne :

---

<sup>17</sup> IGAS-IGAENR, op. cit., [p. 30-32]

- de réduction de 25% du taux d'incidence global des accidents du travail ;
- de renforcement de l'employabilité des seniors, notamment par la prise en compte de la pénibilité ;
- de mise en œuvre du règlement REACH et CLP sur le suivi et la gestion des substances chimiques dangereuses pour la santé des travailleurs ;
- de prévention effective et réactive des risques psychosociaux et des risques émergents ;
- de prise en compte de l'impact des nouvelles formes d'organisation du travail, afin d'améliorer les conditions de travail notamment au sein des petites et moyennes entreprises, pour les travailleurs fragilisés du fait de leur situation (emplois précaires, intérim, sous-traitance, etc.) ou exposés à des risques émergents à effets immédiats ou différés.

### **La double contrainte : entre logique socio-économique et logique de santé publique**

Même si la tendance générale du système est de privilégier une logique de santé publique axée sur la prévention des risques, la logique socio-économique de l'entreprise en limite les effets positifs pour le salarié et l'impact à moyen et long terme pour l'ensemble de l'appareil de production. L'analyse et la prise en compte du risque sont très souvent appliquées de façon restrictive à partir d'un accord entre les partenaires sociaux, sans variabilité du dispositif en fonction des référentiels scientifiques et cliniques existants. L'intervention des professionnels des services de santé au travail est de fait instrumentalisée dans une fonction de régulation, voire de contrôle social, au sein de l'entreprise.

Du côté de la gouvernance du système, on retrouve les mêmes écueils de cohérence d'action entre les services relevant du ministère du Travail et ceux du ministère de la Santé.

### **La réforme des services de santé au travail : une discussion en cours**

Une première réforme de la médecine du travail en 2002 et 2004, en instituant les services de santé au travail (SST), a permis de faire évoluer le cadre traditionnel de la médecine du travail vers l'acquisition par les acteurs d'une culture de prévention et de promotion de la santé. La réforme en cours à la fin de 2010<sup>18</sup> entend poursuivre le mouvement engagé. Elle vise à :

- promouvoir une politique de la santé au travail efficace par une meilleure prévention dans l'entreprise, en privilégiant des actions collectives pour tous les salariés, adaptées à leur situation de travail, et des suivis individuels mieux adaptés aux besoins. Cela passe par la définition législative des missions des services de santé au travail et la création d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail ;
- développer la pluridisciplinarité, dans un souci d'efficacité des actions de prévention primaire dans l'entreprise et pour s'assurer de la qualité des intervenants ;

---

<sup>18</sup> Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Santé, des Solidarités et de la Cohésion sociale, source : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces,770/travail,771/dossiers,156/sante-et-securite-au-travail,301/les-services-de-sante-au-travail,1657/la-reforme-des-services-de-sante,1804/mai-2010-les-objectifs-de-la,11818.html>

- assurer un meilleur pilotage du système en promouvant l'échelon régional et l'innovation, afin de restructurer et redynamiser les services de santé au travail vers des objectifs qualitatifs et quantitatifs ;
- développer l'attractivité de la médecine du travail, la coordination entre médecins, la formation des professionnels de la santé au travail sur la base des 46 propositions du rapport de mission confiée à Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT et Gilles LECLERCQ. Ces propositions visent à renforcer la professionnalisation des services de santé au travail pour rendre les métiers du secteur plus attractifs et performants.

Le débat parlementaire est toujours en cours mais les tendances fortes de cette réforme se dessinent clairement, après l'échec des négociations entre les partenaires sociaux, les navettes parlementaires et l'invalidation récente de plusieurs articles par le Conseil constitutionnel.

La proposition de loi vise à redéfinir les missions et l'organisation des services en leur confiant pour « *mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Pour ce faire, ils « *conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel* » ; ils « *conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs* » ; ils « *assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge* » ; ils « *participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire* ».

Dans les services de santé au travail autonome, d'établissement ou inter-établissements ou communs à plusieurs entreprises, les missions des SST seraient alors exercées par les médecins du travail, qui agiraient « *en toute indépendance et en coordination avec les employeurs, les membres du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou les délégués du personnel et les intervenants en prévention des risques professionnels* »<sup>19</sup>.

Pour les services de santé au travail inter-entreprises (SIE), la réforme prévoit la création d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des infirmiers. Un contrat d'objectifs et de moyens, établi entre le service, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale, viendrait préciser ces missions « *en fonction des réalités locales* ».

Les SIE seraient gérés paritairement par un conseil composé de représentants des employeurs, désignés par les entreprises adhérentes, et de représentants des salariés d'entreprises adhérentes, désignés par des organisations syndicales de salariés représentatives au plan national et interprofessionnel. Ce partage des pouvoirs – le président et le vice-président sont désignés respectivement par les entreprises adhérentes et les organisations syndicales de salariés - et des voix fait craindre aux professionnels de santé une remise en cause de leur autonomie d'action et de leur indépendance.

---

<sup>19</sup> Proposition de loi n° 106, Sénat, *op. cit.*

Une lecture critique du projet de réforme en cours permet de se rendre compte qu'il s'agit en fait d'une restriction du champ d'actions des acteurs de la santé au travail avec une gestion des risques clairement pilotée du côté de l'employeur avec un renforcement de la subordination des services de santé vis-à-vis de l'entreprise. Il convient dans cette hypothèse de mesurer les risques de report de la responsabilité de l'employeur vers l'employé : plus les risques sont identifiés et expliqués aux travailleurs et plus on pourra leur reprocher de ne pas avoir respecté les consignes en cas de maladie professionnelle. L'impact sur l'exercice infirmier est très important en termes d'autonomie et d'indépendance, de responsabilité, d'exercice partagé, de marges de manœuvre sur les actions de prévention, de surveillance et de suivi individuel et collectif.

Bien que pour la première fois soit évoquée la nécessité de formation des infirmiers, il n'y aurait obligation de formation que pour les IDE travaillant notamment dans les SIE. Or la majorité des infirmiers est salariée d'entreprises adhérant à un service inter-entreprises, ce qui veut dire concrètement que le médecin n'est présent que quelques jours par mois et « délègue » une grande partie de ses tâches aux infirmiers présents en permanence. La réduction du champ de la santé au travail au seul domaine de la médecine du travail demeure la vision dominante. Si la proposition de loi sénatoriale actuellement en débat fixe clairement les missions des services de santé au travail, elle précise que « *ces missions sont exercées par les médecins du travail* »<sup>20</sup> au sein d'une équipe pluridisciplinaire dont les rôles et responsabilités ne sont ni définis ni valorisés en l'état actuel du texte.

Toujours en 2010, certaines mesures de la réforme des retraites ont modifié le fonctionnement des SST et le cadre d'exercice professionnel :

- le principe de traçabilité des expositions professionnelles par la transcription dans le dossier médical des expositions des salariés et l'introduction d'un carnet d'exposition qui appartiendrait au salarié ; ce serait un des éléments du dossier médical qu'il pourrait obtenir à sa demande. Se pose alors la question de la responsabilité qui incomberait davantage au médecin, aux professionnels de santé du service, qu'à l'employeur ? Comment organiser cette traçabilité lors de changements d'entreprises et comment garantir le secret médical et la confidentialité des données personnelles du travailleur ?
- la notion de pénibilité, qui s'applique à tous les salariés qui ont une incapacité égale ou supérieure à 20% ayant donné lieu à l'attribution d'une rente pour maladie professionnelle (ou pour accident du travail provoquant des troubles de même nature). Ils pourront bénéficier de deux avantages au titre de leur retraite : l'âge de départ ne sera pas augmenté, la retraite sera attribuée à taux plein même s'ils n'ont pas validé tous leurs trimestres. Pour autant, l'affaiblissement physique devra être avéré au moment du départ à la retraite et ce droit est accordé de manière individuelle.

---

<sup>20</sup> Article 1<sup>er</sup>, alinéas 3 et 8, proposition de loi n° 106, *op. cit.*



## II : EXPERTISE INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL

Cette seconde partie du rapport porte sur l'expertise infirmière en santé au travail. A partir d'un bref état des effectifs, de leur répartition par secteur d'activité, un premier chapitre aborde le rôle propre de l'infirmier de santé au travail (IST). Puis, une comparaison des pratiques selon le type de services de santé permettra de contextualiser ce rôle propre selon le degré d'autonomie ou de contrainte. Enfin, un troisième chapitre mettra en lumière les attentes exprimées par la profession concernant la qualification professionnelle, le rattachement hiérarchique et fonctionnel, l'autonomie et la responsabilité.

### A) De qui parle-t-on ?

#### Démographie et répartition

Les infirmiers et infirmières en santé au travail (IST) représentent environ 4 000 professionnels, soit à peu près 0,8 % de la population infirmière en France<sup>21</sup>. Il y a encore très peu de données qualitatives sur la ventilation interne de cette spécialité infirmière.

Les données relatives à l'attractivité, le taux de fuite, les progressions de carrière et la pyramide des âges sont éparpillées et leur fiabilité doit être améliorée<sup>22</sup>. Néanmoins, « avec près de 500 000 infirmiers en activité au 1er janvier 2009 en France, la profession infirmière est la première profession de santé en termes d'effectifs devant les médecins (209 000), les pharmaciens (73 000) et les masseurs-kinésithérapeutes (66 000). Dans les années à venir, deux phénomènes d'envergure vont renforcer le besoin en infirmiers. D'une part le vieillissement de la population et d'autre part la baisse prévisible du nombre de médecins de 10 % dans les dix prochaines années »<sup>23</sup>.

La réglementation impose l'emploi d'au moins une infirmière (IDE ou IST) dans les entreprises d'au moins 200 salariés du secteur industriel et d'au moins 500 salariés pour les autres secteurs d'activité, ce qui laisse non couvert le pan énorme des petites et moyennes entreprises. On constate la même difficulté à disposer de données fiables au niveau national concernant la répartition de leur activité au quotidien. Une étude<sup>24</sup> menée par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) en 2007 dans quatre régions françaises nous donne quelques informations précieuses :

---

<sup>21</sup> DELLACHERIE C., FRIMAT P., LECLERCQ G., *op. cit.* [p. 15]

DREES, 2010, La démographie des professions de santé en 2010, Série études et recherche, n° 144, mai 2010 [p. 36-40]

<sup>22</sup> Le nombre des infirmiers et infirmières est sous-estimé compte tenu des modalités de recensement ADELI suite à « l'opération qualité pour les infirmiers » menée à partir de 2007 : « les infirmiers actifs pour lesquels l'activité enregistrée dans ADELI n'a pas été confirmée par l'établissement employeur, et qui n'ont pas déclaré de nouvelle activité, ont été recodés en « autre actif », code jusqu'ici réservé aux bénévoles et aux personnes en recherche d'emploi, et leur activité a été mise en blanc. Cela se traduit par une baisse du nombre d'infirmiers actifs par rapport aux années précédentes (-1,3 %). Pourtant le taux de croissance annuel moyen des effectifs entre 2000 et 2007 est de 3,4 %, proche du taux de croissance entre 2006 et 2007 (3,1 %), et cette tendance haussière est stable. Ceci signifie que l'impact de l'opération qualité est, au niveau national, de l'ordre de - 4,7 points (environ 23 000 infirmiers de moins en 2008 que l'effectif attendu sans cette opération). Cette rupture à la baisse concerne uniquement les salariés (- 5,6 points). » [Drees, mai 2010, n° 144, p.7]

<sup>23</sup> DREES, 2010, n° 101, *op. cit.* [p.5]

<sup>24</sup> INRS, « L'exercice infirmier en santé au travail, résultats d'une enquête par questionnaire », Documents pour le Médecin du travail, n°118, 2<sup>ème</sup> trimestre 2009

- un personnel essentiellement féminin employé à temps partiel (en moyenne 40 % des effectifs de l'étude tous services confondus) mais avec une activité à temps plein plus forte en SIE (76,5 %) contre 57 % en SA et EA-SIE ;
- l'âge moyen est de 47,4 ans, avec une ancienneté moyenne de 10 ans dans 72 % des cas ;
- 11,5 % des IST interrogés sont titulaires du diplôme interuniversitaire en santé au travail (DIUST), pour environ 15 % ayant suivi une licence professionnelle ; les IST en service autonome indiquent avoir plus souvent suivi des formations que leurs collègues exerçant en EA-SIE ;
- un nombre moyen de salariés pris en charge qui se situe entre 900 et 1 260, essentiellement dans le secteur industriel ; 69 % des EA-SIE ont un effectif de salariés compris entre 200 et 800 salariés pour une infirmière en poste (le plus souvent à temps partiel) ;
- 62% sont salariés d'une entreprise adhérente à un SIE, pour environ 28% qui exercent en service autonome, 6 % en SIE pour 3 % ayant un exercice autre (services sociaux inter-entreprises, services inter-infirmiers) ;
- tous modes d'exercice confondus, 50 % du temps est consacré à la surveillance médicale et à la mise en œuvre du rôle propre ; l'action en milieu professionnel représente 14 % de leur activité, 6 % à la coordination avec le médecin du travail et plus de 15 % à des tâches administratives ou annexes (secrétariat, gestion, saisie des dossiers) ;
- Sur l'ensemble des IST, le rattachement hiérarchique s'effectue à 80 % auprès de la DRH, beaucoup plus faiblement au médecin du travail (10 %) ou au service de sécurité (8 %) ;

### **Les valeurs portées par les infirmiers de santé au travail (IST)**

Le rôle propre infirmier en santé au travail (IST) est sous-tendu par les valeurs fondamentales suivantes :

- l'approche globale, graduée et coordonnée des soins ;
- l'égalité d'accès aux soins ;
- l'efficacité et la qualité du service rendu ;
- l'indépendance d'évaluation et d'intervention et la responsabilité dans l'exercice quotidien.

L'infirmier est acteur des politiques d'amélioration de la santé des salariés au travail. Il organise des actions de prévention et de repérage des facteurs de risques individuels et collectifs, d'évaluation clinique et de consultation infirmière, de suivi et de soins coordonnés, d'amélioration de la qualité en milieu professionnel. Il prend appui sur les référentiels de bonnes pratiques et les recommandations existantes pour délivrer des soins adaptés au contexte de travail du salarié et au secteur d'activité. Il assure le suivi longitudinal et transversal du salarié en assurant la gestion du dossier médical et les transmissions d'information.

Il lutte contre les inégalités sociales de santé existant en milieu professionnel quel que soit le

statut et le secteur d'activité du salarié. Il assure, en coopération avec le médecin du travail, la coordination des différents intervenants et services nécessaires au maintien et à l'adaptation de l'emploi du salarié dans l'entreprise, à la reconversion et l'évolution du salarié confronté à un accident du travail, une maladie professionnelle ou un problème de santé influant sur l'employabilité.

L'infirmier exerçant en santé au travail délivre une éducation à la santé, un soutien de proximité au salarié par sa disponibilité et son savoir-faire et par son intervention directe en milieu professionnel. Il intègre son action dans une démarche réflexive propice à la valorisation de ses compétences auprès de ses partenaires et à la transmission des connaissances auprès de ses pairs.

### **Le rôle propre et les missions de l'infirmier**

Acteur essentiel de la prévention en milieu professionnel, l'IST met en œuvre ses compétences et ses connaissances en coopération directe et constante avec l'ensemble des professionnels et partenaires qui contribuent au suivi des personnels. Son rôle propre s'appuie sur un référentiel d'activités<sup>25</sup> qui comprend les activités de soins et médicales, les actions sur le lieu de travail, les actions de prévention en santé au travail, les actions de santé publique.

- Activités de soins et activités médicales :

Les soins infirmiers couvrent l'ensemble des soins prescrits par le médecin et ceux relevant du rôle propre infirmier, dont le recueil des observations et des données biologiques susceptibles de concourir à évaluer l'état de santé, les entretiens d'accueil, d'évaluation, d'aide et de soutien psychologique, l'observation et la surveillance des troubles existants ou potentiels.

La consultation infirmière est l'un des leviers essentiels de mise en œuvre de ces actes de soins infirmiers. L'IST identifie les situations d'urgence ou de détresse et accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à une prise en charge médicalisée. Il assure le respect des procédures réglementaires en cas d'accident du travail.

L'IST contribue également au suivi de santé, comprenant l'ensemble des actions mises en œuvre par le service de santé au travail au niveau individuel et collectif (incluant les visites annuelles ou biennales et le suivi renforcé de type CMR). Concrètement, il s'agit d'assurer la gestion des visites médicales et des dossiers médicaux, d'effectuer un entretien préalable et de mener les examens nécessaires tels que la biométrie ou des examens complémentaires (dépistage visuel, glycémie capillaire, prélèvements sanguins, exploration fonctionnelle respiratoire, électrocardiogramme, audiogramme...). Le suivi est longitudinal et personnalisé selon la situation du salarié tant sur le plan professionnel (changement de poste, difficultés rencontrées, conditions de travail) que sur le plan de sa santé (maladie, accident, problèmes personnels). Cette démarche relève pleinement du diagnostic infirmier, permettant d'orienter le salarié si besoin est vers un médecin extérieur et/ou vers le médecin du travail.

Enfin, par son analyse des interactions entre le poste de travail, les facteurs de risques liés à l'environnement de travail et l'état de santé du travailleur, l'IST est en mesure de déterminer

---

<sup>25</sup> Cette partie du rapport a bénéficié des travaux menés par le GIT en 2009. Cf. Groupement des Infirmier(e)s au Travail (GIT), « *Infirmier de santé au travail, Référentiel GIT – 2009* », Paris, © 2009 ; avec l'aimable autorisation de Mme Anne Barrier, Présidente du GIT. <http://www.git-france.org/fichiers/referentielGIT2009.pdf>

l'intensité du suivi requis (SMR) et de contribuer à une veille de santé publique au sein de l'entreprise.

- [Actions sur les lieux de travail](#) :

Les SST ont pour mission d'améliorer les conditions de travail ; cela suppose une pluridisciplinarité effective à laquelle participe l'IST par l'analyse des situations et des postes de travail, la démarche de prévention des risques professionnels (élaboration du document unique, fiche d'entreprise, démarches individuelles et collectives) et la mise en œuvre des recommandations médicales, techniques et organisationnelles.

L'un des enjeux est également de garantir la traçabilité des expositions professionnelles dans les dossiers médicaux de santé au travail des salariés.

Dans la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles, l'IST veille au respect de la réglementation (déclaration, registre des accidents bénins, suivi, prévention) Son rôle de conseil auprès du salarié et de l'employeur est alors primordial. En outre, il est une personne ressource pour les travaux menés par le CHSCT, auquel il transmet les connaissances utiles aux mesures de prévention.

En cas d'urgence, l'infirmier est en première ligne en participant à la prise en charge des victimes, en coordonnant le relais avec les secours extérieurs. L'IST garantit le respect des protocoles médicaux et techniques. Par anticipation des situations d'urgence, il apporte son conseil et son expertise dans la gestion du matériel nécessaire, dans la formation des personnels.

- [Actions de prévention en santé au travail](#) :

Les actions de prévention mises en œuvre par l'IST relèvent de l'éducation collective et individuelle : prévention des risques en fonction du secteur d'activité et du poste de travail occupé, mesures adaptées pour la précaution et la protection, sensibilisation et conseil. Il mène également des campagnes de prévention en sollicitant l'expertise de partenaires extérieurs compétents (formations, documents de référence).

- [Actions de santé publique](#) :

Les plans de prévention collective sont complémentaires des actions de santé menées par l'IST (pandémie grippale, canicule, amiante...) et nécessitent une maîtrise des données épidémiologiques et des mécanismes de veille sanitaire. Ainsi, l'entreprise n'est pas un organisme coupé des priorités nationales de santé publique : les salariés peuvent bénéficier des mesures prévues par les plans nationaux (addictions, douleur, cancer, maladies cardiovasculaires, etc.). En routine, le suivi des rappels de vaccinations fait également partie du rôle quotidien de l'infirmier de santé au travail.

## **B) Les contraintes de pratiques selon le contexte d'exercice**

Les IST exercent dans les cadres suivants : services autonomes intégrés aux entreprises (SA), entreprises adhérentes à un service inter-entreprise (EA-SIE) ou services inter-entreprises (SIE). En 2009, près de 16 millions de salariés bénéficiaient d'un suivi de leur

état de santé par les médecins du travail regroupés au sein de 949 services de santé au travail (SST)<sup>26</sup> répartis de la façon suivante :

	Nombre de SST	%	Population suivie	%	Nombre de médecins du travail	%
SST d'entreprise ou d'établissement	649	68,4	1,054 million	6,6	648	11,6
SST interentreprises	300	31,6	14,901 millions	93,4	4 941	88,4
<b>TOTAL</b>	949		15,955 millions		5 589	

### En service autonome (SA)

L'exercice infirmier en service autonome facilite et renforce la régularité et la densité des relations avec les salariés. Il favorise également le travail en équipe pluridisciplinaire avec les différents services de l'entreprise ou de l'établissement. Du point de vue des infirmiers, le service autonome apparaît également favoriser une meilleure réactivité, une meilleure cohérence et un suivi plus opérationnel des projets et des parcours à long terme. Concernant les relations avec le médecin du travail, auquel les IST en SA peuvent être rattachés (26,3% contre 85,7% rattachés au DRH), le temps de présence plus ou moins important du médecin est un élément pouvant permettre une meilleure coopération et coordination, même si, dans les faits, la place prépondérante conférée au médecin du travail ne permet pas une pleine responsabilité d'exercice de l'infirmier. En effet, le lien fort de subordination et de hiérarchie va à l'encontre de la notion d'autonomie d'exercice.

### En entreprise adhérente à un SIE (EA-SIE)

Lorsque l'infirmier exerce au sein d'une entreprise adhérente à un service de santé inter-entreprise, il est plus fréquemment reconnu comme un professionnel pivot ayant une responsabilité forte et reconnue pour la santé des salariés. Il agit avec une pleine grande autonomie et indépendance. Il se situe à l'interface des différentes instances de l'entreprise et du service externe de santé, ce qui lui impose de savoir résister aux pressions et contraintes internes dans le respect constant la déontologie. Le rattachement hiérarchique pose de problèmes variables au regard de l'indépendance technique, selon qu'il s'agit d'un rattachement à la direction des ressources humaines, au service sécurité et environnement ou au médecin du travail. Les IST en EA-SIE consacrent moins de temps à participer à la surveillance médicale des salariés que ceux exerçant en service autonome<sup>27</sup>, alors que le temps d'actions en milieu professionnel est identique. Cependant leurs tâches administratives sont plus lourdes et fréquentes.

Considéré comme potentiellement le meilleur dispositif dans le contexte actuel, ce mode d'exercice supposerait un statut de salarié protégé et un repositionnement hiérarchique et fonctionnel.

<sup>26</sup> Source : Ministère du Travail : [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_presse\\_-\\_Reforme\\_ST-2-2.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_presse_-_Reforme_ST-2-2.pdf)

<sup>27</sup> INRS, *op. cit.* [p.225]

## En SIE

Enfin, de plus en plus de services inter-entreprises ou de centres de santé au travail recrutent directement des infirmiers salariés. Ce mode d'exercice semble permettre une plus grande réactivité et autonomie dans les actions, permettant un meilleur partage des responsabilités avec le médecin du travail et une plus grande présence infirmière auprès des salariés des entreprises adhérentes. La pluridisciplinarité s'en trouve facilitée. L'activité des infirmiers en SIE « *s'articule sur trois pôles. Le premier est l'activité déléguée par le médecin du travail. Le second pôle relève de son rôle propre en éducation à la santé et l'accompagnement [du travailleur]. Enfin le dernier est l'ensemble des compétences réunis au sein de la structure au service des salariés et des entreprises* »<sup>28</sup>. L'intégration des infirmiers dans les SIE a notamment permis de mettre en valeur les consultations infirmières<sup>29</sup> dont le contenu et la fréquence améliorent la qualité du suivi des travailleurs.

## Les améliorations attendues par la profession

- Concernant la qualification professionnelle

Le faible nombre d'IST ayant acquis une spécialisation de type DIUST ou même une licence professionnelle ainsi que l'accès inégal aux actions de développement professionnel continue plaident pour la mise en œuvre d'une politique ambitieuse permettant de :

- ✓ maintenir et renforcer l'expertise clinique et organisationnelle en pratique infirmière qui doit faire l'objet d'une formation spécifique sanctionnée par un diplôme de spécialité ; cette formation s'inscrit pleinement dans le cursus LMD en sciences infirmières ;
- ✓ maintenir et renforcer l'attractivité de l'exercice infirmier en santé au travail par une formation initiale renouvelée, une reconnaissance de l'expertise et des compétences tout au long de la carrière, la production et la transmission de connaissance infirmière ;
- ✓ installer une véritable politique de développement professionnel continu, quel que soit le contexte d'exercice, permettant à l'IST d'évaluer ses pratiques, de mettre à jour ses connaissances et d'accéder aux formations adaptées à son exercice clinique.

- Concernant le rattachement hiérarchique, l'autonomie et la responsabilité

Le rattachement hiérarchique et fonctionnel au DRH pose problème au regard de la définition des tâches et des marges de manœuvre de l'IST. En effet, l'indépendance des infirmiers et infirmières dans l'accomplissement de leurs actes professionnels constitue une obligation réglementaire : « *L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit* »<sup>30</sup>. Cette obligation est reprise dans le projet de code de déontologie préparé par l'Ordre national des infirmiers (article 6).

Pour assurer à l'infirmier de santé au travail son rôle propre en pleine autonomie et responsabilité, ce rattachement devrait donc être clarifié. Il faudrait pour cela :

- ✓ conférer à l'IST le statut de salarié protégé ;
- ✓ réaménager sa coopération avec le médecin du travail dans le cadre d'un exercice

<sup>28</sup> BREAVOINE Stéphanie, « *Exercice infirmier dans un service interentreprises* », Document de travail, juin 2009 [p.10-19]

<sup>29</sup> BREAVOINE Stéphanie, 2009, *op. cit.* [p.19]

<sup>30</sup> Article R. 4312-9 du code de la santé publique

partagé, chacun dans son domaine de compétences en lien avec l'ensemble des parties prenantes ;

- ✓ clarifier les rôles et responsabilités entre les différents intervenants des services de santé au travail. Cela passe par une définition des actes infirmiers de santé au travail fondée sur la reconnaissance du rôle propre et l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques dans le domaine.

Il faudrait par ailleurs créer un poste d'infirmier conseiller technique dans les directions régionales du travail, de la même façon qu'existe la fonction de médecin inspecteur régional. L'infirmier conseiller technique assurerait le pilotage des politiques de formation, constituerait l'interlocuteur fonctionnel du médecin régional au niveau de l'inspection régionale du travail. Cette concertation régionale permettrait notamment de mettre en œuvre un appui technique aux infirmiers, un suivi et un contrôle sur les glissements de tâches dans les services de santé au travail, de renforcer la légitimité de l'infirmier au sein des instances décisionnelles.

### **III : FORMATION ET RECONNAISSANCE DE L'EXPERTISE INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL**

Il n'existe à ce jour aucun véritable cursus de spécialisation diplômant pour les infirmiers et infirmières exerçant en santé au travail. La formation initiale des IDE constitue le socle de compétences de base mais n'a pas vocation à préparer à cet exercice spécifique. Si des formations universitaires qualifiantes existent et apportent une valeur ajoutée de connaissances et compétences, seul un cursus universitaire de type master pourrait promouvoir réellement cet exercice et renforcer la légitimité et la reconnaissance de l'expertise infirmière au sein des services de santé au travail.

Après avoir rappelé les formations existantes, cette troisième partie esquisse les contours de ce que pourrait et devrait être ce cursus de spécialisation dans le cadre global du processus LMD (licence, master, doctorat) en sciences infirmières. Le dernier chapitre trace des perspectives pour des recommandations de pratiques professionnelles et la recherche appliquée à ce domaine.

#### **A) Formation initiale et continue**

La formation initiale d'I.D.E. prépare peu à cette spécialité ou même à sa découverte et les stages obligatoires l'ignorent. Le diplôme d'Etat d'infirmier ne permet pas de connaître l'environnement de travail en entreprise, ni le but et l'organisation de la santé au travail en France (dimension historique, textes applicables, missions, obligations des employeurs en la matière, autorités de contrôle, etc.). En formation initiale, l'infirmier n'a pas connaissance des pathologies spécifiques liées aux risques professionnels et ne peut donc assurer une véritable surveillance adaptée aux salariés selon leur secteur d'activité. Il a besoin de comprendre et d'analyser les problèmes liés aux accidents de travail et aux maladies professionnelles. L'infirmier a également besoin d'être formé pour assurer son rôle d'éducateur en santé pour des actions collectives (méthodologie de projet).

Pour autant, les choses évoluent peu à peu. Les demandes de stages optionnels en santé au travail augmentent et des contenus spécifiques à la santé au travail sont désormais intégrés dans le cadre du module de santé publique.

Conformément à ses obligations réglementaires et déontologiques, l'infirmier en santé au travail améliore ses pratiques en actualisant ses connaissances dans la perspective d'un « développement professionnel continu ». Une partie des infirmiers se tourne vers des organismes de formation pour apprendre à pratiquer les examens complémentaires spécifiques à la surveillance des salariés ou pour se former sur certains thèmes. Certains d'entre eux suivent des formations universitaires diplômantes<sup>31</sup> (licence professionnelle, diplôme interuniversitaire) : « *A ce jour, toute infirmière titulaire du diplôme d'Etat ou autorisée à exercer sans limitation peut travailler en entreprise, mais seule une minorité d'entre elles est titulaire du diplôme interuniversitaire en santé au travail (DIUST) ou d'un autre diplôme (licence professionnelle ou généraliste en Santé-Travail)*<sup>32</sup> ».

Ces formations constituent un socle commun d'expérience et de réflexion permettant de préfigurer un référentiel complet de master spécialisé.

### Les formations qualifiantes et diplômes existants

C'est à l'occasion de leur prise de fonction au sein des entreprises que les infirmiers se spécialisent de leur propre initiative via un cursus universitaire accessible par le biais de la formation continue. L'accès à ces formations universitaires reste souvent difficile compte tenu de leur coût, leur durée et l'ambivalence des employeurs, recherchant lors du recrutement cette expertise acquise par les infirmiers mais la valorisant peu une fois l'infirmière recrutée (salaire, déroulement de carrière, responsabilisation et autonomie).

Ces formations universitaires se sont développées en France depuis plus de quinze ans et compte tenu de l'expérience acquise des synergies apparaissent aller dans le sens de l'élaboration d'un référentiel partagé entre les différents organismes de formation.

Le tableau ci-dessous propose une synthèse du contenu des formations universitaires proposées (cf. tableau ci-dessous) :

<b>Formations universitaires – Infirmières et Santé au travail</b> <i>Synthèse des éléments principaux</i>	
<b>Types de diplômes proposés</b>	Licence professionnelle (3) Diplôme interuniversitaire en santé au travail (2) <i>A noter : masters de type « santé publique » (intégrant des modules spécifiques)</i>
<b>Organismes</b>	Universités (dont les Facultés de médecine) Instituts de formation (Associations loi 1901)
<b>Conditions d'admission</b>	Infirmières titulaires du D.E. Expérience demandée en santé au travail
<b>Objectifs poursuivis</b>	Acquérir des connaissances complémentaires et spécifiques à l'exercice infirmier en santé au travail Acquérir les compétences en matière d'évaluation des besoins de santé individuels et collectifs Savoir mettre en œuvre les stratégies d'intervention adaptées

<sup>31</sup> Ne seront évoquées dans ce chapitre que les formations universitaires spécifiques aux infirmiers de santé au travail, à l'exclusion des cursus de spécialisation relatifs aux différents risques ou secteurs d'activité.

<sup>32</sup> DELLACHERIE C., FRIMAT P., LECLERCQ G., 2010, *op. cit.* [p.41]



	Intégrer sa pratique dans une démarche réflexive et de recherche
<b>Durée moyenne</b>	De 3 à 9 modules De 12 à 24 mois
<b>Enseignements fondamentaux</b>	Aspects juridiques, sociaux et humains de la santé au travail Santé publique et épidémiologie Coordination et pluridisciplinarité Ethique
<b>Enseignements spécifiques</b>	Consultation infirmière en santé au travail Evaluation et gestion des risques individuels et collectifs Gestion des populations et maintien dans l'emploi Promotion et éducation à la santé Relation d'aide et écoute
<b>Enseignements transversaux</b>	Anglais Nouvelles technologies de l'information et de la communication Méthodologie de projet et de recherche
<b>Modalités de validation</b>	Stage en entreprise Mémoire de fin d'études

### Le développement professionnel continu (DPC)

Conformément au code de la santé publique, « *Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* »<sup>33</sup>.

Le DPC est obligatoire pour toutes les professions de santé. En coordination avec la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Ordre national des infirmiers a notamment pour mission de participer à la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins infirmiers auprès des professionnels et d'organiser l'évaluation de ces pratiques.

Il n'existe à l'heure actuelle pas ou peu d'évaluation des pratiques professionnelles en santé au travail, mais on peut noter des expériences d'analyse de pratique infirmière sous forme d'ateliers de présentation de monographies.

Sur la base de ces fondements, le DPC des infirmiers exerçant en santé au travail implique de mener régulièrement et simultanément les actions individuelles et collectives permettant de garantir et d'améliorer la qualité du service rendu aux travailleurs. Parmi les leviers de mise en œuvre du DPC pour les infirmiers de santé au travail, citons l'évaluation des pratiques professionnelles (et non la simple "analyse" des pratiques) et la formation continue. Concernant l'évaluation des pratiques professionnelles, les méthodes et dispositifs diffèrent<sup>34</sup> selon l'approche et l'objectif poursuivi (cf. tableau ci-dessous) :

<sup>33</sup> Article L. 4382-1 du CSP, modifié par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>34</sup> Source du tableau : HAS, 2007

Rapport de synthèse  
L'infirmier spécialisé en santé au travail

APPROCHES	OBJECTIFS	METHODES UTILISABLES
✓ Approche par comparaison à un référentiel	✓ Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	✓ Audit clinique ✓ Audit clinique ciblé ✓ Revue de pertinence ✓ Enquête de pratique
✓ Approche par processus	✓ Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné ✓ Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	✓ Analyse de processus ✓ Chemin clinique ✓ AMDEC <sup>1</sup>
✓ Approche par problème	✓ Traiter un dysfonctionnement ✓ Analyser et traiter des événements indésirables	✓ Méthode de résolution de problème ✓ Analyse des processus ✓ Revue de mortalité morbidité ✓ Méthodes d'analyse des causes
✓ Approche par indicateur	✓ Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	✓ Mise en place et analyse d'indicateurs ✓ Maîtrise statistique des processus
✓ Recherche évaluative	✓ Implanter une démarche d'évaluation et mesurer son efficacité	✓ Méthodes spécifiques

Les programmes de formation continue internes aux entreprises sont peu spécifiques à l'exercice infirmier et ne répondent pas aux méthodes et outils définis par la HAS. Globalement, les employeurs accordent peu d'importance au développement professionnel continu des infirmiers intervenant au sein des services de santé au travail ; ils jugent que les actions de formation sont coûteuses et peu intéressantes pour l'entreprise.

D'autres obstacles existent tels que le très faible nombre de recommandations de bonnes pratiques relatives à l'exercice infirmier en santé au travail, la diversité des secteurs d'activité et l'isolement des infirmiers freinant la mutualisation et la valorisation des pratiques, l'absence de recherche en science infirmière en santé au travail. Les modalités de gestion du DPC posent également question, en l'absence de décret d'application de l'article L. 4382-1 du CSP<sup>35</sup>.

## B) Les contours du LMD

Il est désormais admis qu'il « est nécessaire de reconnaître les compétences et le savoir-faire des infirmières en entreprise [...] par la création d'une filière de formation adaptée, de type master, intégrant la prévention et le suivi de la santé au travail ». Il est également recommandé que « soient validées les formations universitaires complémentaires au niveau master 1 ou 2 en fonction des responsabilités confiées aux futurs professionnels »<sup>36</sup>.

Ce processus est d'ores et déjà en cours, attendu et inéluctable tant le contexte d'exercice a évolué, notamment par l'intégration des infirmières dans les SIE, qui a mis en lumière l'excellence de leur travail depuis de nombreuses années au sein des entreprises. Le

<sup>35</sup> ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS, communiqué de presse du CNOI, [15 septembre 2010]

<sup>36</sup> DELLACHERIE C., FRIMAT P., LECLERCQ G., 2010, *op. cit.* [p.41]

système actuel a montré ses limites et ne peut perdurer en l'état. Les réformes en cours portent l'ambition d'une approche pluridisciplinaire de la santé au travail, au-delà d'une vision encore trop médico-centrée.

### **Vers un master spécialisé pour et par les infirmiers de santé au travail**

Les infirmiers IDE souhaitant exercer en milieu professionnel pourraient utilement bénéficier d'une spécialisation en master 1 permettant de leur délivrer un diplôme d'exercice exclusif et reconnu.

La comparaison des diplômes universitaires de type DIUST fait apparaître les éléments structurants fondamentaux de ce que devrait être la spécialisation infirmière en santé au travail. Cette spécialisation est nécessaire à plusieurs titres :

- elle répond aux besoins des travailleurs mais aussi des employeurs confrontés à la complexité des situations individuelles et collectives et au renforcement des contraintes légales et réglementaires ;
- elle légitime des pratiques infirmières déjà existantes et une expertise développée depuis de nombreuses années au sein des différents types de services de santé ;
- elle répond aux exigences de qualité et de sécurité en milieu professionnel ;
- cette spécialisation répond à la complexité croissante des enjeux économiques et sociaux au travail ;

En effet, il est indispensable pour exercer ce métier de connaître la place et le rôle de la santé au travail dans le monde de l'entreprise. Pour cela, il faut savoir appréhender les différents acteurs de l'entreprise en fonction de leurs rôles et de leurs compétences. L'infirmier devra savoir faire des études de poste afin de contribuer à l'évaluation des risques. Il pourra ensuite mieux cibler la prévention collective comme le suivi de santé.

La spécialisation des infirmiers en santé au travail augmente l'expertise clinique et de santé publique au bénéfice des travailleurs mais aussi des employeurs avec un impact socio-économique non négligeable. En améliorant la prévention des risques et le suivi de la santé des travailleurs, l'action des infirmiers au sein de l'équipe pluridisciplinaire des services de santé au travail produit des avantages significatifs voire des gains potentiels de performance et ce dans plusieurs domaines<sup>37</sup> :

- Avantages pour la santé
  - ✓ Amélioration de l'employabilité des seniors
  - ✓ Diminution de la proportion des salariés sans travail, des maladies et des blessures
  - ✓ Augmentation du pourcentage des employés sans incapacité grave
  - ✓ Augmentation de l'espérance de vie sans incapacité
- Avantages sociaux et de bien-être
  - ✓ Meilleure estime de soi des salariés
  - ✓ Amélioration de la qualité de vie au travail
  - ✓ Amélioration de la conformité avec la législation existante
  - ✓ Sensibilisation sur les déterminants de la santé et du bien-être au travail

---

<sup>37</sup> OMS, 2001, *op. cit.* [p. 16-19]

- ✓ Accroissement des capacités de gestion de leur santé par les employés
- ✓ Réduction des inégalités sociales de santé au travail
- Avantages environnementaux
  - ✓ Amélioration des mécanismes de prévention des risques chimiques et de la pollution
- Avantages économiques
  - ✓ Cohérence entre la productivité de l'entreprise et l'exposition aux risques pour la santé pour les travailleurs
  - ✓ Réduction des coûts sociaux directs et indirects liés aux problèmes de santé
  - ✓ Anticipation des conduites à tenir pour limiter les risques économiques face à l'émergence des nouveaux risques de santé

Concernant le référentiel de spécialisation nécessaire pour obtenir ces gains qualitatifs, il est généralement admis par les associations professionnelles, les sociétés savantes et les organisations compétentes au niveau international que ce socle commun de compétences spécialisées doit permettre aux infirmiers d'assumer les rôles suivants<sup>38</sup> :

<b>Rôles propres : Clinicien et Spécialiste</b>	
Manager	Conseiller
Coordonnateur	Educateur à la santé
<i>Rôle transversal : Chercheur</i>	

Le programme de cette spécialisation doit être suffisamment conséquent et global sur la base des références de « cœur de métier » suivantes<sup>39</sup> :

- Compétences cliniques
  - ✓ Prévention primaire
  - ✓ Soins d'urgence
  - ✓ Traitement et suivi
  - ✓ Diagnostic infirmier et clinique infirmière du travail
  - ✓ Plans de soins individuels et collectifs
  - ✓ Conseils et évaluation globale de la santé
  - ✓ Recherche clinique et recours aux bonnes pratiques
- Compétences spécialisées
  - ✓ Mise en œuvre et évaluation des politiques et pratiques de santé au travail
  - ✓ Evaluation de la santé au travail
  - ✓ Surveillance de la santé au travail
  - ✓ Promotion de la santé (de l'individuel au collectif)
  - ✓ Réhabilitation

<sup>38</sup> OMS, "The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management", 2001, [p.26-45]

<sup>39</sup> OMS, 2001, *op. cit.*

- ✓ Maintien des capacités professionnelles
- ✓ Sécurité
- ✓ Identification et évaluation des risques
- ✓ Conseils sur les stratégies de gestion des risques
- ✓ Ethique
- ✓ Recherche spécialisée en référence aux bonnes pratiques
  
- Compétences en management
  - ✓ Encadrement d'équipe pluridisciplinaire
  - ✓ Gestion administrative
  - ✓ Planification budgétaire
  - ✓ Marketing des services en santé
  - ✓ Démarche qualité
  - ✓ Evaluation des pratiques et développement professionnel continu
  
- Compétences en coordination
  - ✓ Coordination pluridisciplinaire du service de santé
  - ✓ Programme d'éducation et de formation des travailleurs
  - ✓ Gestion en santé environnementale
  
- Compétences en conseil
  - ✓ Appui aux dirigeants et au personnel sur les questions liées à la santé au travail
  - ✓ Relais vers les partenaires de soins et de services extérieurs
  - ✓ Capacités d'écoute réflexive
  - ✓ Résolution de problèmes
  
- Compétences en éducation à la santé
  - ✓ Promotion de la santé en milieu professionnel
  
- Compétences en recherche
  - ✓ Evaluation des besoins de santé au travail
  - ✓ Méthodes qualitatives et quantitatives
  - ✓ Recours aux bonnes pratiques fondées sur les preuves
  - ✓ Epidémiologie

<u>Un exemple de master spécialisé au niveau européen</u>			
<b>Master « soins infirmiers de santé au travail »</b>			
<u>Objectifs</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer chez les étudiants leurs capacités de compréhension critique dans les domaines de la recherche, des politiques et des pratiques en soins infirmiers de santé au travail selon les différents contextes organisationnels ;</li> <li>• Développer leurs capacités à conduire une réflexion rigoureuse et des recherches dans leur champ de pratique professionnelle ;</li> <li>• Permettre aux étudiants de s'engager d'une manière critique dans les recherches actuelles et expertes et de développer une gamme étendue de compétences théoriques et transférables.</li> </ul>		
<u>Conditions d'accès</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières diplômées employées dans les établissements de santé au travail, et avec 12 mois d'expérience dans le domaine ;</li> <li>• Un niveau licence (3 années d'études universitaires) ou équivalent.</li> </ul>		
<u>Programme et durée</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le cursus est normalement effectué à temps partiel sur une période de trois ans ;</li> <li>• Chaque année universitaire comprend 30 semaines d'étude, divisée en deux semestres d'une durée de 15 semaines d'études chacun ;</li> <li>• Chaque module vaut 15 ECTS ;</li> <li>• La troisième année est entièrement consacrée au projet individuel de recherche et à la rédaction du mémoire (60 ECTS).</li> </ul>		
	<b>9 modules (135 ECTS)</b>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Module 1</u> Devenir un professionnel ayant une pratique réflexive</li> <li>• <u>Module 2</u> Histoire &amp; Evolution des pratiques infirmières en santé au travail</li> <li>• <u>Module 3</u> Surveillance de la santé en milieu professionnel</li> <li>• <u>Module 4</u> Surveillance environnementale en milieu professionnel</li> <li>• <u>Module 5</u> Promotion de la santé en milieu professionnel</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Module 6</u> Méthodes de recherche</li> <li>• <u>Module 7</u> Management et Leadership</li> <li>• <u>Module 8</u> Conception et application d'une démarche de recherche en science infirmière</li> <li>• <u>Module 9</u> Mémoire de recherche</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Module 1</u> Devenir un professionnel ayant une pratique réflexive</li> <li>• <u>Module 2</u> Histoire &amp; Evolution des pratiques infirmières en santé au travail</li> <li>• <u>Module 3</u> Surveillance de la santé en milieu professionnel</li> <li>• <u>Module 4</u> Surveillance environnementale en milieu professionnel</li> <li>• <u>Module 5</u> Promotion de la santé en milieu professionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Module 6</u> Méthodes de recherche</li> <li>• <u>Module 7</u> Management et Leadership</li> <li>• <u>Module 8</u> Conception et application d'une démarche de recherche en science infirmière</li> <li>• <u>Module 9</u> Mémoire de recherche</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Module 1</u> Devenir un professionnel ayant une pratique réflexive</li> <li>• <u>Module 2</u> Histoire &amp; Evolution des pratiques infirmières en santé au travail</li> <li>• <u>Module 3</u> Surveillance de la santé en milieu professionnel</li> <li>• <u>Module 4</u> Surveillance environnementale en milieu professionnel</li> <li>• <u>Module 5</u> Promotion de la santé en milieu professionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Module 6</u> Méthodes de recherche</li> <li>• <u>Module 7</u> Management et Leadership</li> <li>• <u>Module 8</u> Conception et application d'une démarche de recherche en science infirmière</li> <li>• <u>Module 9</u> Mémoire de recherche</li> </ul>		
<u>Universités et structures partenaires</u>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Université de Sheffield</b> <i>Faculté des Sciences infirmières et d'Obstétrique</i> <a href="http://www.shef.ac.uk/snm/online/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html">http://www.shef.ac.uk/snm/online/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html</a></li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fédération des Infirmiers de Santé au Travail dans l'union Européenne (FOHNEU)</b> <a href="http://www.fohneu.org/">http://www.fohneu.org/</a></li> </ul> </td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avec le soutien de l'Union européenne</b> (Programme Leonardo)</li> <li>• Projet européen HOHNEU (Harmoniser les soins infirmiers de santé au travail en Europe) impliquant sous l'égide de la FOHNEU, 6 pays principaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La Grande-Bretagne</li> <li>✓ La Slovénie</li> <li>✓ L'Irlande</li> <li>✓ Le Danemark</li> <li>✓ La Pologne</li> <li>✓ La Suisse</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Université de Sheffield</b> <i>Faculté des Sciences infirmières et d'Obstétrique</i> <a href="http://www.shef.ac.uk/snm/online/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html">http://www.shef.ac.uk/snm/online/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fédération des Infirmiers de Santé au Travail dans l'union Européenne (FOHNEU)</b> <a href="http://www.fohneu.org/">http://www.fohneu.org/</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Université de Sheffield</b> <i>Faculté des Sciences infirmières et d'Obstétrique</i> <a href="http://www.shef.ac.uk/snm/online/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html">http://www.shef.ac.uk/snm/online/mmed-sci-occupational-health-nursing/indexohn.html</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fédération des Infirmiers de Santé au Travail dans l'union Européenne (FOHNEU)</b> <a href="http://www.fohneu.org/">http://www.fohneu.org/</a></li> </ul>		

Plusieurs modalités pourraient être prévues pour faciliter l'accès à la spécialisation en Master :

- La promotion professionnelle des infirmiers exerçant déjà en milieu professionnel, notamment en service autonome, par le biais de la VAE ;
- Une expérience professionnelle d'une durée suffisante pour les IDE découvrant ce champ ;

### Expertise clinique et pratiques avancées

Les infirmiers de pratiques avancées dans le domaine de la santé au travail ne constituent pas un nouveau métier mais l'expression pleine et entière de leurs compétences et l'acquisition de nouvelles compétences dans le champs des soins infirmiers<sup>40</sup>. Un infirmier de pratiques avancées est un infirmier « *qui a acquis un socle de connaissances expertes, de compétences dans la prise de décision face à des situations complexes et les compétences cliniques pour la pratique avancée, dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte ou le pays dans lequel (il) est accrédité à la pratique. Le niveau universitaire de master est recommandé pour accéder à ce niveau de responsabilités* »<sup>41</sup>.

L'OCDE, dans ses derniers rapports<sup>42</sup>, rappelle le rôle pivot indispensable joué par les infirmiers, en collaboration avec les médecins : d'une part, pour l'efficacité des systèmes de soins, aujourd'hui en recherche de « productivité », d'autre part, pour une sécurité sans cesse accrue. Elle souligne depuis de nombreuses années des problèmes de démographie de ces professions cliniques et transversales indispensables à la prise en charge globale des patients et à la qualité des résultats des soins. Cette étude comparative, validée par un consensus d'experts des pays européens dont la France<sup>43</sup>, valide les principes suivants :

- ✓ la qualité des soins mise en œuvre par les infirmiers de pratiques avancées est équivalente à celle des médecins dans les domaines de la prévention, du suivi régulier des patients ayant une maladie chronique, et du délai de réponse/premiers soins pour les personnes présentant une maladie bénigne ;
- ✓ Le niveau de qualité des soins prodigués par les infirmiers est identique à celui des médecins voire amélioré dans certains domaines ; la satisfaction des patients est quant à elle supérieure (plus de temps consacré aux soins par les infirmiers, plus de conseils...etc.).
- ✓ des gains d'efficacité dans la prestation des services de santé ne peuvent être atteints par les médecins que pour les problèmes de santé d'une nature plus complexe, avec un degré élevé d'incertitude en matière de diagnostic ou de traitement ;
- ✓ l'impact sur les coûts est marginal en ce sens que les économies réalisées par la tarification des actes ou les salaires plus faibles des infirmiers que des médecins ont

<sup>40</sup> ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS, « *Nouveaux rôles infirmiers* », position ordinaire du 14 septembre 2010, <http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites/articles/reunion-du-conseil-national-du-14-septembre-2010.html>

<sup>41</sup> International Council of Nursing, 2008

<sup>42</sup> OCDE, « *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries* », Juillet 2010

<sup>43</sup> Le Centre d'Analyse Stratégique a repris à son compte les conclusions du rapport OCDE : « *En 2010, une étude de l'OCDE(28) montre ainsi comment de nombreux pays, confrontés à une offre de médecins limitée, tendent à renforcer le développement de rôles infirmiers "plus avancés" afin d'améliorer les soins tout en contenant les coûts* », Note d'analyse « Médecine de ville, quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficacité ? », décembre 2010, n°204 [p.10]

tendance à être compensées par l'augmentation des consultations et soins réalisés par les infirmiers. Il y a néanmoins une augmentation des coûts spécifiques aux soins infirmiers quant il s'agit de nouvelles compétences et non de transfert/délégation ;

- ✓ aucun effet négatif pour la sécurité des soins n'a été rapporté dans les évaluations conduites à ce jour.

A ce titre il est tout à fait paradoxal que les IST ne puissent pas procéder à la vaccination antigrippale comme l'Art R. 4311-5-1 du code de la santé publique le prévoit pour les infirmières depuis 2008.

En milieu professionnel, les rôles infirmiers en pratiques avancées constituent une réponse pragmatique et efficace pour :

- ✓ un exercice clinique partagé avec les médecins du travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ;
- ✓ les enjeux humains, sociaux et économiques liés aux risques de santé pour les travailleurs ;
- ✓ la gestion des situations individuelles et collectives complexes ;
- ✓ une meilleure continuité et coordination du suivi des risques et maladies professionnelles tout au long du parcours professionnel du travailleur.

Le développement d'un tel corpus de pratiques avancées en santé au travail prend appui sur « *des recherches effectuées dans le domaine des soins infirmiers et des participations à des actions de recherches pluridisciplinaires* »<sup>44</sup>.

## C) Production de connaissances en sciences infirmières

### Élaboration de recommandations de bonnes pratiques

Il existe une réglementation importante et de nombreuses normes techniques et de sécurité au travail sur lesquels s'appuient les infirmiers pour exercer au quotidien dans les entreprises. Le champ professionnel a développé depuis de nombreuses années des savoir-faire et une expertise clinique dont témoignent la richesse et la diversité des travaux de recherche universitaire, documents de travail et programmes de formation existants.

Cette expertise constitue un socle de connaissances mobilisable pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques. Les thèmes prioritaires de recommandations attendus par les infirmiers sont :

- ✓ la clinique infirmière spécialisée en santé au travail ;
- ✓ le diagnostic infirmier en santé au travail ;
- ✓ la consultation infirmière spécialisée ;
- ✓ le dossier infirmier de santé au travail ;
- ✓ l'éducation à la santé en milieu professionnel ;
- ✓ l'étude des postes de travail ;
- ✓ l'action en milieu du travail ;
- ✓ le rapport d'activité de l'infirmier en santé au travail.

<sup>44</sup> Groupement des Infirmiers de santé au Travail (GIT-FRANCE), *Référentiel GIT*, juin 2009 [p. 14] : [www.git-france.org](http://www.git-france.org)



Parmi ces thèmes, la consultation infirmière spécialisée en milieu professionnel et le dossier infirmier revêtent un intérêt particulier.

- La consultation infirmière spécialisée

Elle correspond à l'article 5 du décret de 2004 qui précise l'étendue du champ de compétences de l'infirmier. Elle doit s'intégrer au suivi de santé des travailleurs tel qu'il est envisagé aujourd'hui. Ces consultations permettent le recueil d'informations concernant la santé du travailleur, le recueil d'informations concernant la dimension du travail (poste de travail, conditions de travail, vécu, risques pour la santé...) ainsi que la dimension du conseil concernant le travail et la santé. Ces consultations ne peuvent être dissociées des entretiens sur les lieux du travail, des études de postes et des conditions du travail.

La consultation infirmière spécialisée en santé au travail concourt à élaborer et poser un diagnostic infirmier défini comme « *l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Il sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmier est responsable* »<sup>45</sup>.

Mise en œuvre en coopération directe avec le médecin du travail et au sein de l'équipe pluridisciplinaire, la consultation infirmière de santé au travail a pour fonction « *d'assurer des soins de prévention, d'éducation et d'assurer un soutien psychologique. Elle est mise en place dans le cadre de la prévention des risques ou à la suite d'une demande ou plainte du salarié* »<sup>46</sup>. Le rôle propre infirmier y prend toute sa valeur.

Fondée sur les principes du raisonnement clinique infirmier, la consultation infirmière permet de :

- décrire les réactions du travailleur confronté à une pathologie ou un problème de santé ;
- définir le plan de soins adapté à la situation et orienter le travailleur en conséquence ;
- accomplir les actes infirmiers nécessaires ;
- adapter le suivi en fonction de l'évolution ;

Une étude qualitative récente<sup>47</sup> auprès de 135 infirmiers de santé au travail a permis de documenter plusieurs constats relatifs aux consultations infirmières. Si le profil des répondants est globalement similaire à celui de l'étude menée en 2007 par l'INRS, l'étude de 2009 met en lumière les données suivantes :

- l'entretien infirmier proposé au travailleur porte dans plus de 90% des cas sur l'étude du poste de travail et l'évaluation des risques professionnels et aborde également les traitements en cours (plus de 60% des cas) et les difficultés de santé (plus de 55%) ;
- des examens complémentaires prescrits par le médecin sont pratiqués par l'infirmier dans plus de 90% des cas ; de la propre initiative de l'infirmier pour environ 35% et une information sur les résultats et des actions d'éducation à la santé sont mises en œuvre dans plus de 75% des cas ;

---

<sup>45</sup> Définition internationale approuvée lors de la 9<sup>ème</sup> conférence de l'organisation internationale NANDA-I :

<http://www.nanda.org/>

<sup>46</sup> ODE Sylvie, BEURROIS Marie Cécile, « *La clinique infirmière* », Journées annuelles 2009 du GIT, Grenoble :

<http://www.git-france.org/grenoble09.php>

<sup>47</sup> ODE Sylvie, BEURROIS Marie-Cécile, *op. cit.*

- le bilan infirmier permet d'aboutir à un diagnostic infirmier pour 45% des répondants, permet de faire le point sur les difficultés de santé (plus de 75%) et engage une étude de poste de travail pour 50% des cas ;
- concernant le projet de soins individuel, l'éducation à la santé est une pratique en routine pour la totalité des répondants et dans une moindre mesure, des examens complémentaires sont proposés par l'infirmier (40% des répondants) ;
- concernant les projets de soins collectifs, les infirmiers déclarent être intervenir dans les actions de maintien dans l'emploi (60%), réaliser des actions de santé publique et de suivi des personnels à risque (environ 40%) ;

Enfin, d'autres données nous informent sur l'autonomie de décision qui montrent une autonomie forte concernant le choix du matériel (60%) et plus faible concernant les orientations et le choix des moyens d'action (35 à 40%).

La consultation infirmière prend donc toute sa place dans le suivi régulier et adapté du travailleur. En proposant des entretiens et des visites intercurrentes à la visite médicale, détachés de la question de l'aptitude au travail, la consultation infirmière permet de graduer les actions individuelles et collectives en fonction des risques, du contexte et du poste de travail, ou encore du secteur d'activité : « *Les éléments récoltés par les infirmiers sont d'une grande richesse, ils doivent être communiqués aux médecins* »<sup>48</sup>.

La consultation infirmière renforce l'action du médecin du travail dans le cadre d'un exercice partagé au sein desquelles « *les approches cliniques, médicale et infirmière, sont complémentaires* »<sup>49</sup>.

L'ensemble de la démarche de soins infirmiers est formalisé dans le rapport infirmier qui prend tout son sens comme outil de communication interne.

- [Le dossier infirmier de santé au travail](#)

Le dossier infirmier doit être partie intégrante du DMST (dossier médical en santé au travail). A l'instar de celui-ci, un consensus formalisé<sup>50</sup> permettrait d'établir une trame commune à l'ensemble des dossiers. Cette réflexion est d'autant plus importante si l'on prend en considération la nécessaire traçabilité des expositions et la coordination des consultations de suivi médical en santé au travail partagé. « *Le dossier médical doit pouvoir apporter, en plus des données médicales, [...] présenter toutes les expositions professionnelles. La continuité du dossier médical devient la norme : si le salarié ne s'y oppose pas, le même dossier suivra le salarié durant toute sa carrière. Le dossier médical devra intégrer les entretiens santé-travail infirmiers* »<sup>51</sup>.

Le dossier infirmier de santé au travail répond aux objectifs suivants :

- constituer un document unique de référence pour tous les acteurs, permettant d'y trouver les informations utiles, fiables et actualisées ;
- assurer le suivi et la coordination des actions de prévention et de soins adaptés aux besoins du travailleur ;

<sup>48</sup> FANTONI S., Professeur CHRU de Lille, *Entretien donné à l'ISTNF*, 22 avril 2010

<sup>49</sup> BARDOT F., BUISSET C., LEGRAND CATTAN K., THUMERELLE M., BACLE V., « *Référentiel Entretien Santé au Travail (ESTI)* », 2009

<sup>50</sup> Recommandation de bonne pratique, par consensus formalisé « Le dossier médical en santé au travail », Haute Autorité de Santé, janvier 2009, Saint-Denis

<sup>51</sup> FANTONI S., *op. cit.*

- partie intégrante du dossier médical du travail, permettre la traçabilité des actes et des évaluations et ainsi de répondre aux attentes et questions du médecin du travail concernant le suivi longitudinal du travailleur.

La structure générale du dossier infirmier est pleinement compatible avec les recommandations portant sur le DMST dont il renforce la précision, la qualité et l'expertise clinique des données qui y sont colligées. Cependant, le dossier infirmier est plus spécifique et référé au rôle propre concernant la description et la gestion des processus de soins infirmiers, d'observation et d'évaluation des risques en milieu professionnel, d'éducation à la santé.

La consultation infirmière et le dossier infirmier de santé au travail sont les deux thèmes sur lesquels la profession sollicite l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques.

### **Développer la recherche infirmière en santé au travail**

Les champs de recherche en sciences infirmières de santé au travail sont indissociables de la mise en œuvre de la spécialisation et de l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. Certes, les domaines sont variés et la dynamique demande à être très largement amplifiée en France, mais la production de connaissances infirmières permet d'optimiser la prévention. Elle s'opère par :

- l'observation clinique et l'analyse de la pratique infirmière en santé au travail ;
- l'élaboration d'outils de veille épidémiologique et d'analyse statistique ;
- l'analyse qualitative et quantitative des indicateurs fondamentaux de la santé au travail ;
- l'élaboration d'outils de sensibilisation, de protocoles pour la prévention des risques et le suivi individualisé ;
- la participation à des études de santé publique ;
- la réflexion sur la traçabilité et la tenue du dossier médical et infirmier des travailleurs ;
- la valorisation de la fonction sociale de l'exercice infirmier en santé au travail ;
- la formalisation du lien transversal du suivi de santé au travail et des autres suivis de santé ;
- l'articulation de la recherche avec la dimension d'équipe de santé au travail dans une approche visant l'appropriation des savoirs et les axes d'amélioration par et avec les acteurs concernés ;
- l'évaluation des pratiques infirmières en santé au travail, résultats et bénéfices pour l'individu, la collectivité.

Il n'est pas du ressort de l'Ordre national des infirmiers de préciser les domaines de recherches infirmières en santé au travail. L'ONI plaide cependant pour l'émergence et le développement de sociétés savantes françaises ; pour un rapprochement avec les organisations scientifiques européennes et internationales compétentes ; pour la capitalisation des expertises accumulées par les infirmières et infirmiers en exercice.

## Conclusion : préparons l'avenir !

La santé au travail nécessite une véritable expertise clinique et organisationnelle en pratique infirmière. Cette expertise doit faire l'objet d'une formation spécifique sanctionnée par un diplôme de spécialité. Cette formation s'inscrit pleinement dans le cursus LMD en sciences infirmières.

Il faut maintenir et renforcer l'attractivité de l'exercice infirmier en santé au travail par une formation initiale réévaluée, une reconnaissance de l'expertise tout au long de la carrière, la production et la transmission de connaissances infirmières.

Les modalités de fonctionnement et de coopération interprofessionnelle entre les infirmiers et les autres partenaires en santé au travail doivent reconnaître le rôle central de l'infirmier dans la coordination et le suivi de santé interne et externe des salariés.

La pratique infirmière en santé au travail s'appuie sur des référentiels et recommandations de pratiques professionnelles qu'il est fondamental de développer à partir des données et expériences significatives au niveau européen et international.

Le rattachement fonctionnel et hiérarchique de l'infirmier doit garantir son autonomie d'exercice et l'indépendance de ses actes professionnels.

La coopération avec le médecin du travail est essentielle dans les services autonomes comme dans les services inter-entreprises. Pour autant, il est important de renforcer l'autonomie et l'indépendance d'exercice par la création de postes d'infirmier conseiller technique auprès des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, de la même façon qu'existe la fonction de médecin inspecteur régional.

L'infirmier conseiller technique assurerait le pilotage des politiques de formation, serait l'interlocuteur fonctionnel du médecin régional au niveau de l'inspection régionale du travail. Cette concertation régionale permettrait notamment de mettre en œuvre un appui technique aux infirmiers, un suivi et un contrôle sur les glissements de tâches dans les services de santé au travail, de renforcer la légitimité de l'infirmier au sein des instances décisionnelles.

**L'Ordre souhaite travailler sans plus attendre avec les pouvoirs publics et les autres organisations professionnelles compétentes, pour faire reconnaître et promouvoir de manière effective l'expertise clinique et professionnelle des infirmiers en santé au travail, dans le cadre d'une politique de santé publique globale et ambitieuse dans ses objectifs.**

Il s'agit de **définir une spécialité** des infirmiers en santé au travail comme cela existe pour la puériculture, l'anesthésie et l'activité en bloc opératoire. Cela implique de reconnaître et préciser ses missions, ses compétences, et de renforcer sa formation.

Il convient donc de :

1. **Définir aux niveaux réglementaire et conventionnel** les missions, compétences et responsabilités de l'infirmier spécialisé en santé au travail ;
2. **Valoriser les missions d'information, de prévention et d'évaluation, de soins et de suivi ainsi que de coordination** mises en œuvre au quotidien par l'infirmier en

santé au travail, dans le cadre d'une recommandation de la HAS pour la pratique clinique portant sur la "consultation infirmière"

3. **Élaborer un nouveau référentiel de compétences et de formation** de l'infirmier spécialisé en santé au travail, bénéficiant de l'expérience acquise par les 5 000 infirmiers exerçant actuellement, en lien avec les expériences européennes et internationales. A cet égard, il convient, dans une concertation étroite entre les organisations professionnelles et scientifiques de la santé au travail d'une part, et les pouvoirs publics d'autre part, de :

- Définir la base de ce référentiel à partir de missions répondant aux besoins de santé des salariés et des orientations énoncées dans le Plan Santé au Travail 2 ;
- Proposer le cadre et le calendrier d'évolution des compétences des infirmiers en santé au travail. Ce cadre prévoirait notamment :
  - ✓ un socle de compétences spécialisées autour des axes fondamentaux de la pratique : évaluation des besoins de soins et de santé au travail ; principes et pratiques de la relation thérapeutique ; prévention des risques, observance et suivi infirmier spécialisé ; coordination, continuité et qualité des soins ; gestion des risques individuels et collectifs; démarche réflexive pour la production de connaissances spécialisées en sciences infirmières ;
  - ✓ des éléments de disciplines de sciences sociales telles que la sociologie, la psychologie, l'ethnologie, la psychodynamique du travail, ainsi que l'épidémiologie, les statistiques, et des notions dans le champ de l'économie, du droit et la pédagogie.
  - ✓ l'acquisition, à la fois, des compétences professionnelles, cliniques spécialisées, et de connaissances scientifiques actualisées dans les domaines de la santé publique, de la pratique interprofessionnelle, de l'intégration des soins et des services. Un véritable cursus LMD garantirait la qualité et la cohérence de ces acquisitions.  
Ce cursus de spécialisation devrait à partir du socle commun de compétences infirmières (licence), se poursuivre lors de deux années de spécialisation en master 1 (spécialisation clinique) et en master 2 (pratiques avancées, épidémiologie, protocole de recherche clinique, pilotage de projets de santé publique).

4. **Élaborer des recommandations de bonnes pratiques.**

5. **Définir des programmes spécifiques de développement professionnel continu.**

6. **Contribuer à l'émergence d'une dynamique de recherche** en sciences infirmières incluant la problématique de la santé au travail, pour relever l'ensemble des défis rappelés ci-dessus, y compris :

- de véritables expérimentations encadrées et évaluées d'évolution des compétences professionnelles et scientifiques sur le modèle des infirmières de pratiques avancées à partir desquelles des protocoles de coopération et de compétences partagées entre infirmier et médecin du travail seront établis ;
  - l'inclusion de cette dimension recherche dans un référentiel de formation commun.
7. Réfléchir à une **référence nationale indicative** du nombre d'infirmiers spécialisés recommandé par nombre de salariés et secteur d'activité, garantissant le niveau d'expertise requis et l'efficience de la prévention et du suivi au sein des entreprises

Ces évolutions attendues par l'ensemble de la profession infirmière sont indissociables d'une clarification des conditions d'exercice de l'infirmier en santé au travail, dont les leviers sont :

- l'acquisition du statut de salarié protégé au sein de l'entreprise et un rattachement hiérarchique et fonctionnel garantissant l'autonomie d'exercice et l'indépendance des actes professionnels au sein de l'entreprise ;
- le passage d'une simple position de subordination fonctionnelle de l'infirmier au médecin du travail à des champs de compétences partagés. Leur cadre devra être défini par une concertation entre les organisations professionnelles et les autorités compétentes ;
- une représentation des infirmiers en santé au travail au sein des instances de concertation et de décision internes à l'entreprise et au niveau des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Les défis sont nombreux, les besoins de santé des travailleurs sont complexes, le contexte est contraint, mais des gains d'efficience sont possibles.

Les infirmières et infirmiers de santé au travail sont d'ores et déjà prêts à relever ces défis, l'Ordre national souhaite dès à présent y contribuer.

## Composition du groupe de travail :

- Anne Barrier, Présidente du Groupement des Infirmiers de Santé au Travail, GIT-France
- Pascale Bor, IST, CDOI 92
- Emmanuel Boularand, IST, Conseiller national
- Stéphanie Bréavoine, IST, CDOI 27
- Isabelle Burvingt, IST, CDOI 79
- Cécile Cayet, IST, Conseillère nationale
- Hervé Dubois, IST, CROI Picardie
- Geneviève Faye, IST, CDOI 63
- Nathalie Germon, IST, CDOI 45
- Gilberte Iphaine, IST, Conseillère nationale
- Nathalie Laroche-Dollé, IST, GIT-France
- Anne Le Mault, IST-formatrice
- Béatrice Juillard, IST, CROI Rhône-Alpes
- Caroline Nocun, IST, CROI Champagne-Ardennes
- Annie Saigault, IST, CROI Bretagne
- Jean-Alix Sick-Tov, IST, Conseiller national